

## Patienteninformationen zur Mammografie / Mamma-MR / Ultraschall der Brust



### Liebe Patientin, lieber Patient,

die Mammografie gilt als beste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammakarzinom). Dabei lassen sich Knoten (Verdichtungen), Hautverdickungen, Asymmetrien und Architekturstörungen der Brust sichtbar machen. Dies gilt auch für sehr kleine Tumoren in einem frühen Stadium. Man sucht dabei auch kleine Verkalkungen (Mikrokalk).

### Durchführung der Untersuchung

Jede Brust wird aus zwei Richtungen geröntgt - von oben nach unten und schräg von der Mitte zur Seite hin. Damit die dargestellten Gewebsschichten perfekt beurteilbar sind, wird die Brust zum Röntgen zwischen zwei Plexiglasscheiben gepresst. Wenn Sie noch nicht in den Wechseljahren sind, sollten Sie die Untersuchung am besten in der ersten Zyklushälfte durchführen lassen: In der Zeit zwischen dem Ende einer Regelblutung und dem Eisprung ist die Brust weniger schmerzempfindlich und zudem weicher - sie lässt sich so besser beurteilen.

### Strahlenbelastung

Die Strahlendosis, der Sie bei einer Mammografie ausgesetzt werden, ist gering. Sie beträgt ungefähr 0,2 bis 0,3 Milli-Sievert (mSv). Zudem treffen die Röntgenstrahlen bei der Mammografie nur die Brust und nicht den ganzen Körper. Die natürliche Strahlung in der Atmosphäre ist bis zu 10-fach höher.

### Anamnese/Strahlenanamnese

Name, Vorname, Geburtsdatum .....	
Telefon .....	
<input type="checkbox"/>	Datum der letzten Mammographie/Mamma-MR (CD bitte mitbringen) .....
<input type="checkbox"/>	Datum des letzten Ultraschalls Ihrer Brust (CD bitte mitbringen) .....
<input type="checkbox"/>	Ihr Körper-Gewicht: .....
<input type="checkbox"/>	Ihre Größe: .....
<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Hatten Sie bereits Geburten? Anzahl: ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Wie lange haben Sie insgesamt gestillt? .....
<input type="checkbox"/>	Operationen (Datum) Brust: ..... Eierstöcke: .....
<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie: .....
<input type="checkbox"/>	Chemotherapie: .....
<b>Familienanamnese</b>	
Mutter: .....	Alter bei Brustkrebs <input type="checkbox"/> ..... Jahre
Schwester: .....	<input type="checkbox"/> ..... Jahre
Oma: .....	mütterl. <input type="checkbox"/> ..... Jahre väterl. <input type="checkbox"/> ..... Jahre
Tante: .....	mütterl. <input type="checkbox"/> ..... Jahre väterl. <input type="checkbox"/> ..... Jahre

**Bitte bringen Sie Krankenversichertenkarte, Überweisungsschein, evtl. Antragszettel, alte Arztbriefe und zu Kontrolluntersuchungen auswärtige Voraufnahmen zum Vergleich mit.**

- Ich versichere, dass o.g. Angaben richtig sind, ich mich ausreichend aufgeklärt fühle und der vorgeschlagenen Untersuchung, sowie einer Kontrastmittelgabe, falls nötig, stimme ich ebenfalls zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Wuttge für meine Behandlung erforderliche Daten und Befunde bei meinen behandelnden Ärzten einholt und die Ergebnisse weiterleitet (§73 SGB).
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir ebenfalls bekannt.

Datum .....

Unterschrift: .....

(Patient/Patientin/Erziehungsberechtigter)